

ченный биоптат из глубины тканей- информативным субстратом для объективной морфологической трактовки. При достаточном опыте, типичном расположении печени техника выполнения биопсии не является затруднительной. Склерозирование паренхимы, уменьшенные размеры печени, пороки внутрипеченочных сосудов или желчного пузыря, - объективные причины, многократно повышающие риск осложнений. Для предупреждения необходима тщательная предоперационная диагностика с обязательным проведением стандартного предоперационного комплекса лабораторных и инструментальных тестов с обязательным УЗИ, при объективных показаниях КТ. Не исключается биопсия с УЗИ контролем.

Результаты. За 20-летний период выполнено более 1200 биопсий. Кровотечения из пункционной ранки печени отмечены в 3 наблюдениях (0,24%). Последнее являлось показанием к лапаротомии с ревизией и гемостазом. Ранение желчного пузыря отмечено в трех наблюдениях (0,24%). Клинически проявлялось болями в правом подреберье с появлением признаков раздражения брюшины в этой области. Выполнялась лапаротомия с ушиванием колотой раны стенки пузыря. В трети наблюдений после пункции отмечены жалобы на дискомфорт и болезненность в области правого подреберья. У трех подростков отмечена выраженная болевая симптоматика в правом подреберье. При УЗИ выявлено значительное - 3 - 4 кратное увеличение желчного пузыря. Приступ купирован после введения спазмолитиков. Биоптаты получены в 98,2% наблюдений.

Выводы. Диагностическая пункционная биопсия печени в 87% позволяет объективно диагностировать причину патологии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

В.М. Сенякович, Н.Т. Зурбаев, С.И. Полякова, И.А. Шишкин, Ш.Р. Джаборров
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Врожденный фиброз печени (ВФП) - вторая по частоте после внепеченочной портальной гипертензии причина острых кровотечений из варикозных вен пищевода.

Пациенты и методы. В основе определяется фибро-поликистозный вариант патологии, наблюдаемый при болезни Кароли, аутосомно-доминантном и аутосомно-рецессивном поликистозе почек. Анализ 408 детей с паренхиматозным поражением печени в возрасте от 1,5 до 18 лет определяет ВФП в 108 случаях (26,4% наблюдений). Причиной гипертензии представляется пресинуоидальная и синусоидальная блокада. Клиническое течение характеризуется гепатоспленомегалией, варикозным расширением вен пищевода, поликистозом почек (4,2%). На основании УЗИ в 35,4% обнаруживаются специфические изменения паренхимы почек, характерные для формирования поликистозных образований без определения самих кист. Специфическая для портальной гипертензии васкулопатия слизистой желудка диагностируется в 57,5%, варикозное расширение вен пищевода в 93,9%. Острые кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка фиксируются в 84,2% наблюдений в возрасте до 2 до 18 лет, что определяет показания к декомпрессии портального русла выполнением спленоренальных и мезентерико-кавальных анастомозов. Вариант соединения сосудов по типу бок в бок (Х-тип) оптимален.

Результаты. В ближайшие и отдаленные сроки наблюдения положительный результат операций шунтирования в динамике 25-летнего периода наблюдений отмечен в 92 - 98% наблюдений, что позволяет определить его методом выбора при ВФП.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Г.Т. Султанкулова, К.Д. Стыбаев, Г.П. Макеева, Р.У. Сабаншиева,
Ж.З. Калибекова, Ш.К. Каипназарова
Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан

Геморрагический инсульт является одной из главных причин смертности и тяжелой инвалидизации у взрослых в развитых странах мира, между тем среди детей эта проблема приобретает все большую актуальность.

В детской городской клинической больнице №1 г. Алматы, куда поступают все дети с острой нейрохирургической патологией, отмечено, что в период с 1998 по 2008 год имеется четкая тенденция к увеличению частоты геморрагических инсультов. За этот период поступили 102 больных с геморрагическим инсультом, из них мальчиков 60 (61,2%), девочек 42 (38,8%). Непосредственно из родильных домов поступил 41 ребенок, из БСМП - 26, из 1 ГКБ - 5, без направления - 10, доставленных скорой помощью - 17, из детской инфекционной больницы - 23. По нозологии больные распределились следующим образом: с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК) - 11 (11,2%), субарахноидальными кровоизлияниями (САК)+ВЖК - 42 (38,8%), САК + субдуральная гематома - 17 (17,3%), разрыв аневризмы и внутримозговая гематома - 32,7%.

Наибольшее поступление больных наблюдалось осенью и весной. Наряду с лабораторными методами исследования проводились инструментальные методы исследования: УЗИ головного мозга, энцефалография, нейросонография. Если позволяло состояние больных, то проводилась компьютерная томография головного мозга, которая была наиболее информативна. Интенсивная терапия геморрагических инсультов включала в себя: обезболивающую, антибактериальную, заместительную терапии, препараты улучшающие кровообращение головного мозга, метаболизм мозговых тканей, оксигенотерапию. Оперативное лечение было проведено 43 больным. Несмотря на проводимую оперативную и консервативную терапию у 17 больных (17,3%), поступивших в коматозном состоянии с нарушениями витальных функций, наступил летальный исход. Как прижизненное, так и патоморфологическое исследование умерших детей показало наличие внутриутробной инфекции и в меньшей степени патологию сосудов головного мозга.

Таким образом, высокая частота геморрагических инсультов, ранее практически не встречавшихся в детском возрасте, требует настороженности со стороны врачей - педиатров, детских инфекционистов и детских хирургов.